

不妊・不育治療費助成事業受診等証明書

医 療 機 関 証 明 欄					
(ふりがな) 受診者氏名	夫	()		妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)
不妊治療内容	・排卵誘発法 実施 回 ・タイミング法 実施 回 ・人工授精 実施 回 ・体外受精 実施 回 ・顕微授精 実施 回 ・男性の不妊治療 実施 回 ・その他 ()				
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	領収金額	円			
不育治療内容	該当区分にチェックしてください。 ☐ 免疫異常 ☐ 内分泌異常 ☐ 夫婦染色体異常 ☐ 子宮異常 ☐ その他 () 治療内容 []				
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	領収金額	円			
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 主治医氏名 ⑩ 佐渡市長 宛て					
調 剤 薬 局 証 明 欄					
投薬期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
上記のとおり証明します。 年 月 日 所在地 調剤薬局 名称 氏名 ⑩ 佐渡市長 宛て					

※文書料、入院時の差額ベッド代、食事料、その他直接治療に関係のない費用は除く。

※不育症の検査費用については、不育症を判断するために検査を行い、その後不育治療を受ける場合は助成対象になりますが、治療に至らなかった場合は助成対象になりません。